



www.pediatric-rheumatology.printo.it

GYERMEKKORI SPONDILOARTROPÁTIA

Mi ez?

A gyermekkori spondilartropátia a krónikus gyulladáshoz tartozó betegségek egy olyan csoportja, ahol az ízületek és az ínak bizonyos csontokhoz való tapadási pontjai (entezítisz) érintettek, elsősorban az alsó végtagok és néhány esetben a gerincizületek (szakroileitisz – fartáji fájdalom, és spondilitisz – ágyéki fájdalom).

Egyes esetekben a kezdeti tüneteket bakteriális bél- (gyomor-bél) vagy húgy-ivar fertőzések idézik elő (reaktív artritisz). A gyermekkori spondilartropátia jelentősen gyakoribb a HLA-B27 - egy bizonyos örökletes jellemző - hordozóinál, ami hajlamosítja az egyént (számunkra még ismeretlen mechanizmusok során) a betegségre.

Néhány klinikai tünet kezdetben való megléte és a betegség folyamata során kialakult súlyossága különbözhet a gyermekek és a felnőttek esetében. Mégis, a gyermekkori spondilartropátia hasonló lehet a felnőtt spondilartropátiához.

A JIA-s, entezeitisszel társult artritiszben szenvedő betegek (lásd a JIA-ról szóló fejezetet) a gyermekkori spondilartropátia csoportjai közé is besorolhatóak.

Milyen betegségeket nevezünk spondilartropátiának?

Néhány ellentmondás ellenére a gyermekkori spondilartropátia ugyanazokat a betegségeket foglalja magába, mint a felnőttkori változata: ankilozáló spondilitisz, reaktív artritisz (és a Reiter szindróma), pszoriázisos artritisz (a spondilartropátiás típusa) és a gyulladáshoz társuló ízületi gyulladás (a spondilartropátiás típusa). Egyes gyermekek, akik nem felelnek meg a fent felsorolt diagnosztikai kritériumoknak, az úgynevezett nemdifferenciált spondilartropátiában szenvednek.

Más állapotok, mint például a szeronegatív (reumatoid faktor negatív) entezipátiás és artropátiás (SEA) szindróma, valamint az entezeitisszel társult artritisz, szintén gyermekkori spondilartropátiára utalnak.

Milyen gyakori?

A spondilartropátia a gyermekkori krónikus artritisz egyik leggyakoribb formája. A krónikus ízületi gyulladásban szenvedő gyermekek körülbelül 30 százalékáért ez a felelős.

A spondilartropátia gyakrabban fordul elő fiúknál, és a betegség leginkább 10-15 éves kor között kezdődik. Mivel a betegek nagy része egy bizonyos genetikai hajlamosító faktort (**HLA-B27**) hordoz, a gyermek- és felnőttkori spondilartropátia előfordulása az egész populációban és az egyes családokban (családi kórtörténet) ennek a jellemzőnek a normál népességben való jelenléti gyakoriságán múlik.

Mik a betegség okai?

A gyermekkori spondilartropátia okai és pontos kialakulási mechanizmusai ismeretlenek. Csakúgy, mint a gyermekkori krónikus artritisz más formáinál, ezek a mechanizmusok az immunrendszer számos elemét magába foglalják. A spondilartropátia összefüggésbe hozható más krónikus gyulladással is, mint például a belek, a húgy-ivar rendszer és a bőr gyulladásaival. Bizonyos mikroorganizmusok (például Szalmonella, Shigella, Jerzínia, Kampilobakter, Klamídia) által okozott fertőzések egyes gyermekeknél szerepet játszhatnak az artritisz előidézésében (például a reaktív artritiszében).

Örökletes betegség?

A gyermekkori spondilartropátiában szenvedő betegek nagy része hordozza a **HLA-B27** nevű genetikai jellemző tulajdonságot. Ez azonban nem jelenti azt, hogy minden egyes személy, aki ezt a genetikai faktort hordozza, meg is betegszik. Példának okáért, ha a populáció 10 százaléka hordozza a HLA-B27-et, csak a népesség 1 százaléka fog spondilartropátiában megbetegedni. Ha valamelyik közeli családtag is spondilartropátiás, a HLA-B27 körülbelül 25 százalékra növeli a kockázatát, hogy az egyénnél is kialakuljon a betegség. Tény, hogy azokban a családokban gyakoribb a betegség, ahol spondilartropátiás gyermek van, azokhoz a családokhoz képest, ahol nincs.

Ezért a genetikai tényezők, különösképpen a HLA-B27 a betegségre való hajlamra utalnak. Önmagukban nem elegendők a betegség kialakulásához. A tudományos egységesen elfogadott álláspontja az, hogy ezek a betegségek multifaktoriálisak (sok tényező által meghatározottak), ami azt jelenti, hogy genetikai fogékonyság és a mindezidáig nem konkretizált környezeti hatások (valószínűleg fertőzések) kombinációja váltja ki őket.

Megelőzhető-e a betegség?

A megelőzés azért nem lehetséges, mert a betegség okai ismeretlenek. Nincs haszna a testvéreknél a HLA-B27 keresésének, ha nem lépnek fel náluk olyan tünetek, amelyek spondilartropátiára utalnának.

Fertőző-e a betegség?

A spondilartropátia nem fertőző betegség.

Melyek a fő tünetei?

A gyermekkori spondilartropátia gyakori klinikai tünetei:

Ízületi gyulladás:

- 1) A leggyakoribb tünetek közé sorolható az ízületi fájdalom és duzzanat, valamint az ízületek mozgáskorlátozottsága.
- 2) Sok gyermeknek az alsó végtag ízületét érinti az oligoarthritis. Az oligoarthritis azt jelenti, hogy 4 vagy annál kevesebb ízületet érint a betegség. Azoknál, ahol a betegség krónikussá válik, többnyire poliarthritisük van. A poliarthritis azt jelenti, hogy az ízületi érintettség jóval kiterjedtebb, 5 vagy annál több ízület érint a betegség.
- 3) Az arthritisz főként az alsó végtag ízületeit érinti: a térdet, a bokát, a lábközépcsontok ízületeit és a csípőt. Ritkábban a lábfej kicsiny ízületeit is érintheti.
- 4) Némely gyermeknél az ízületi gyulladás a felső végtagok bármely ízületénél is előfordulhat, különösképpen a vállaknál.

Entezítisz:

Az entezítisz, az entezis gyulladása (az a terület, ahol az ínak és szalagok a csontokhoz tapadnak), igen gyakori a spondilartropátiás gyermekek körében. A leggyakrabban érintett területek a sarok, a lábközép és a térdkalács környéke. A leggyakoribb tünetek közé tartozik a sarok-fájdalom, a lábfej középső részének duzzanata és fájdalma, és a térdkalács-fájdalom.

A krónikus entezis-gyulladás csontos növekményhez, kinövéshez vezethet. Ezek a kinövések elsősorban a sarkon fordulnak elő, fájdalmat okozva ezzel.

Szakroileitisz (keresztcsont-gyulladás):

Ez a keresztcsonti ízület gyulladása, a medence hátsó, fari részénél. Kezdeti tünetként ritka. Általában 5-10 évvel az ízületi gyulladás kezdete után jelentkeznek.

A leggyakoribb tünete közé tartozik a váltakozó oldali fartáji fájdalom.

Ágyéki fájdalom; csigolyagyulladás:

A gerinc érintettsége, ami igen ritka kezdetben, inkább a későbbiekben fordul elő a gyermekek egy részénél. A leggyakoribb tünetek közé tartozik a deréktáji fájdalom, a reggeli merevség, és a mozgáskorlátozottság. A deréktáji fájdalom gyakran társul nyaki- vagy mellkasi fájdalommal.

A hosszan tartó betegség a csigolyák közötti hidak formálódását eredményezi („bambusz gerinc”). Ez csak néhány betegnél fordul elő és csak hosszan fennálló betegség után. Éppen ezért gyermekeknél szinte soha nem figyelhető meg.

A szemek érintettsége:

Az akut anterior uveítisz az írisz(szívárvány hártya) gyulladását jelenti. Nem gyakori. A szem hevenyen vörös és fájdalmas. Azonnali szemorvosi vizsgálat szükséges.

A bőr érintettsége:

A spondilartropatiás gyermekek kis részénél előfordulhat pikkelysömör. A pikkelysömör olyan bőrbetegség, amelyet a térdeken és a könyökökön megjelenő hámló bőrfoltok jellemeznek. Ez a bőrbetegség évekkel megelőzheti az ízületi gyulladást. Más betegeknél ezzel ellentétben az artritisz már évek óta fennállhat, mikor az első pikkelysömörös folt megjelenik.

A belek érintettsége:

Némely bél-gyulladásos rendellenességgel rendelkező gyermeknél spondilartropátia alakulhat ki. Gyulladásos bél-betegség (IBD): ismeretlen eredetű krónikus bélgyulladás. Ezeket a betegségeket „Króhn betegségnek” vagy „kolitisz ulcerózának” nevezik.

Minden gyermeknél egyforma ez a betegség?

A skála széles. Míg egyes gyermekeknek enyhe, gyors-lefolyású a betegsége, másoknak súlyos, hosszú távú és cselekvőképtelenné tesz.

Különbözik-e a gyermekek és a felnőttek betegsége egymástól?

A gyermekkori spondilartropátia néhány szempontból különbözik a felnőttkori változattól.

- 1) A végtagízületek a betegség kezdetekor sokkal gyakrabban érintettek, míg a felnőtteknél a gerinc érintettsége a gyakoribb.
- 2) Gyermekeknél a csípő többször érintett.

Hogyan diagnosztizálható?

Az orvosok véleménye szerint akkor beszélünk gyermekkori spondilartropátiáról, ha a betegség kezdete 16 éves kor előttre tehető, az ízületi gyulladás tovább tart, mint 6 hét és a jellemző tünetek megfelelnek a fentebb leírt jellegzetességeknek (lásd a definíciót és a tüneteket). A sajátos spondilartropátia típusok (pl.: ankilozáló spondilitisz, reaktív artritisz) diagnosztizálása a jellegzetes klinikai és röntgennel kimutatható tüneteken alapszik.

Természetes, hogy ezen betegek kezelését és figyelemmel kísérését gyermekreumatológusnak kell végeznie.

Mi a vizsgálatok, tesztek jelentősége?

A HLA-B27, amely a gyermekkori spondilartropatiás betegek 80-85 százalékánál jelen van, hasznos a diagnózis felállításában. Ennek gyakorisága általában egészséges populáció körében sokkal alacsonyabb (5-12 %, területtől függően). Tehát nem önmagában a HLA-B27 jelenléte, hanem ennek más, a spondilartropatiára jellemző tünetekkel való együttes jelenléte a mérvadó.

Az olyan vizsgálatok, mint a Westergren (vérsejtsüllyedés), vagy a CRP (C-reaktív protein), a gyulladás általános mértékéről adnak információt, azaz indirekt módon a betegség aktivitási szintjéről. Hasznosak a betegség figyelemmel kísérésében, ami egyébként sokkal inkább klinikai megfigyeléseken, mint laboratóriumi vizsgálatokon alapul. A laboratóriumi tesztek arra is használatosak, hogy követhessék a kezelés lehetséges mellékhatásait (vérkép, máj- és vesefunkciós vizsgálatok). A röntgen vizsgálat a betegség nyomon követésére és a betegség által okozott ízületi károsodások megállapítására szolgálhat.

A CT vizsgálat (számítógépes tomográfia) és az MRI vizsgálat (mágneses rezonancia vizsgálat) segítségével feltérképezhetjük a keresztcsontízületek érintettségét (elsősorban gyermekeknél).

Van-e rá gyógymód, kezelés?

Nincs rá teljes gyógykezelés, mivel a spondilartropátia okai ismeretlenek. Azonban a terápia nagyon hasznos lehet arra, hogy ellenőrzés alatt tartsák a betegséget és megelőzzék a károsodásokat.

Milyen kezelési módok léteznek?

A kezelés főként a gyógyszeres kezelés és a fizioterápia/rehabilitációs technikák kombinálásán alapul, amelyekkel megőrizhető az ízületek funkciója és hozzájárulnak a deformitások megelőzéséhez.

1) Nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAIDs). Tüneti gyulladáscsökkentő és lázcsillapító szerek. A tüneti azt jelenti, arra szolgálnak, hogy csökkenték a gyulladással járó tüneteket. A gyermekek kezelésére legszélesebb körben a naproxen és az ibuprofen terjedt el. Az aszpirin, bár hatékony és olcsó, manapság már ritkán használatos, főleg a toxicitás kockázata miatt. Ezek a szerek általában jól tolerálhatóak, és a gyomor-émelygés, a leggyakoribbnak mondható mellékhatás is igen ritka. A különböző NSAID szerek társítása nem javallt, de egy bizonyos NSAID hatékony lehet ott, ahol egy másik nem volt az.

2) Ízületbe adott injekciók. Akkor használatosak, amikor egy, vagy kevés ízület érintett és amikor az ízületi kontraktúra tartós fennállása deformitást okozhat. A beadott szteroid hosszú távon fejti ki hatását.

3) A szulfaszalazin azoknál a gyermekeknél javallt, akiknél a megfelelő NSAID terápia és/vagy a szteroid injekciók ellenére is krónikus betegség áll fenn. Ezt a már korábban megkezdett NSAID terápia mellett alkalmazzák (amit egyébként folytatni kell), hatása néhány hét, vagy hónap kezelés után válik szembetűnővé.

Más hatóanyagokkal, mint például a methotrexáttal kapcsolatos tapasztalatok korlátozott mennyiségben állnak rendelkezésre.

Az elmúlt néhány évben az úgynevezett TNF elleni hatóanyagokkal (biológiai szerekkel), amelyek szelektíven blokkolják a tumor nekrozis faktort (TNF), új perspektívák nyíltak. Jelenleg még nincsenek ezen szerek hatásaira és/vagy kockázataira vonatkozó tanulmányok a gyermekkori spondilartropatiás betegek körében.

4) A kortikoszteroidoknak azon betegek rövid távú kezelésében van szerepe, akik nagyon súlyos betegek. A helyi szteroidokat (szemcsepp) az akut anterior uveítisz kezelésére használják. A súlyosabb esetekben szemkörnyéki szteroid injekció, vagy szisztémás szteroidok adására lehet szükség.

5) Ortopéd sebészet. Főleg a csípő súlyos ízületi károsodása esetén ízületi protézis beültetések indokolt.

6) A fizioterápia a kezelés nélkülözhetetlen része. Idejekorán el kell kezdeni és folyamatosan kell végezni, hogy fenntartható legyen az ízületek mozgása, az izomtónus és az izomerő, és megelőzzék, korlátozzák, vagy kijavítsák az ízületi deformitásokat. Továbbá, ha gerinc-érintettségéről is szó van, a gerincet is be kell mozgatni és légző gyakorlatokat is végezni kell.

Mik a gyógyszeres terápia mellékhatásai?

A gyermekkori spondilartropátia kezelésében használt hatóanyagok általában jól tolerálhatóak. A gyomor-émelygés, az NSAID szerek leggyakoribb mellékhatása (amit egyébként ezért étkezés közben javallott bevenni), sokkal ritkább gyermekeknél, mint felnőtteknél. Az NSAID szerek a vérben májenzim növekedést okozhatnak, de ez nem gyakori, főleg az aszpirin alkalmazása esetén lehet észlelni.

A szulfaszalazin aránylag jól tolerálható. A leggyakoribb mellékhatása a gyomor panasz, a megemelkedett májenzim szint, az alacsony fehérvérsejt szám, és a bőrkiütés. Az időszakos laboratóriumi vizsgálatok a mellékhatások ellenőrzése miatt szükségesek.

A methotrexát szintén jól tolerálható. Mellékhatásai közül a gyomor-bél panaszok, mint a hányinger, hányás nem ritkák. Folsav vagy folsav beadásával hatékonyan csökkenthető a májkárosító hatás előfordulása. Hiperszenzitivitási (túlérzékenységi) reakciók felléphetnek, de nem gyakoriak. Az időszakos laboratóriumi vizsgálatok a mellékhatások ellenőrzése miatt szükségesek.

A szteroidok hosszú távú, jelentős adagú használata sok lényeges mellékhatást vált ki. Közéjük tartozik a növekedés-gátlás és az oszteoporózis. A szteroidok magas dózisban jelentős étváagnövekedést okoznak, ami elhízáshoz vezethet. Ezért igen fontos, hogy a gyermekkel olyan ételeket etessünk, amelyek a kalória-bevitel fokozása nélkül biztosítanak telítettségérzetet.

Meddig tartson a kezelés?

Addig, amíg a tünetek és a betegség aktivitása fennáll. A betegség hossza megjósolhatatlan. Néhány betegnél az ízületi gyulladás igen jól reagál az NSAID szerekre. Ezeknél a betegeknek a kezelést hamar, már néhány hónapon belül fel lehet függeszteni. Más betegeknek egy hosszabbra nyúló, agresszív betegség-lefolyás áll fenn; szulfaszalazin és más gyógyszeres kezelésre lehet szükséges akár évekig. A kezelés teljes leállítására csak a hosszú távú és teljes megnyugvás után kerülhet sor.

Mi a helyzet a nem konvencionális (nem szokványos), valamint a kiegészítő terápiákkal?

Nem bizonyított, hogy bármely, nem szokványos terápia hatékony lenne a gyermekkori spondilartropátia kezelésében.

Mennyi ideig tart a betegség? Mi a betegség hosszú távú kimenetele (prognóza)?

A betegség lefolyásának ideje betegenként változó. Egyes betegeknek az ízületi gyulladás gyorsan, hónapokon belül enyhül akár már egy enyhe kezelés hatására is. Másoknál időszakos megnyugvások és fellángolások jellemzik. Végül vannak olyan betegek, akiknél az artritisz lefolyása folyamatosan aktív.

A betegek nagy többségénél a betegség kezdetekor a tünetek a végtagízületekre és az inakra korlátozódnak. A betegség előrehaladtával néhányuknál kiterjed a keresztcsontízületre és a gerincre. Ez utóbbi betegek, valamint azok, akik tartós végtagízületi gyulladásban szenvednek, annak a kockázatát viselik, hogy felnőttkorban ízületi károsodás éri majd őket.

A betegség fellépésekor lehetetlen megbecsülni hosszú távú kimenetelét.

Hogyan befolyásolja a betegség a gyermek és családja mindennapi életét?

Az aktív ízületi gyulladás időszakai alatt majdnem minden gyermek bizonyos fokú korlátozottságot észlel mindennapjai során. Mivel főként az alsó végtagok az érintettek, a járás és a sport az a két terület, ahol ez leginkább érzékelhető.

Kitüntetett figyelmet kell fordítani a betegségnek a gyermekekre és családjára kifejtett pszichológiai hatására is. A krónikus betegség az egész család számára nehéz kihívás és természetesen minél súlyosabb a betegség, annál nehezebb megbirkózni vele. A gyermek számára igen bonyolult lehet ez a folyamat, ha a szüleinek sem megy. A szülőknél sokszor abnormális ragaszkodás alakul ki beteg gyermekükhöz, hogy minden gondtól megkímélhessék, túlzottan védelmezővé válnak. Ez a gyermekben az alkalmatlanságának érzetét kelti, amely még fejlődő személyiségében súlyosabb károsodást okozhat, mint a betegség maga. A szülők pozitív gondolkodásmódbeli hozzáállása, amellyel támogatják a gyermeket és bátorítják a függetlenségre betege ellenére, amennyire csak lehetséges, különösen értékes segítséget jelenthet a gyermeknek a betegségéhez kapcsolódó akadályok leküzdésében, továbbá abban, hogy sikeresen beilleszkedjen társai közé és önálló, kiegyensúlyozott személyisége fejlődhessen ki. Ha a család nem tudja viselni a betegség terhét, pszichológusi segítségre, támogatásra van szükség.

Mi lesz az iskolával?

Különösen fontos, hogy a gyermek rendszeresen járjon iskolába. Van pár tényező, ami ebben fennakadást okozhat: járási nehézségek, rossz fáradtságtűrés, fájdalmak, vagy merevség. Éppen ezért fontos, hogy megértessék a tanárokkal a gyermek szükségleteit: megfelelő padok, asztalok, rendszeres mozgásigény az ízületi merevség elkerülése érdekében. A betegeknek, amikor csak lehetséges, ajánlott részt venniük a testnevelés órákon; ebben az esetben azok a feltételek érvényesek, mint a lent kifejtett sportnál.

Az iskola a gyermeknek az, ami a munka a felnőttnek: egy olyan hely, ahol megtanulhatja, hogyan váljon autonóm, önálló személyé, eredményessé és függetlenné. A szülők és a tanárok kötelessége mindent megtenni, ami lehetséges annak érdekében, hogy a beteg gyermek normálisan részt vehessen az iskolai tevékenységekben, sikeresnek bizonyuljon a felsőoktatásban is és jó kommunikációs képességet fejleszthessen ki társaival és a felnőttekkel való érintkezés során, valamint hogy társai elfogadják és megbecsüljék.

Mi a helyzet a sporttal?

A sport minden normális gyermek életének nélkülözhetetlen része. Az általános tendencia tehát az, hogy hagyják a betegeket sportolni, és bíznak abban, hogy leállnak, ha ízületi fájdalmat éreznek. Bár a gyulladt ízületnek nem tesz jót a mechanikus nyomás, úgy tartják, hogy az a kis károsodás, amit okozhat, vállalhatóbb, mint annak a pszichológiai károsodásnak a kockázata, amit a sporttól és barátoktól való eltiltás eredményezhet. Ez a választás egy olyan, egyre elterjedtebb attitűd tana, amely pszichológiai támogatásával arra bátorítja a gyermeket, hogy a betegsége által felállított korlátok ellenére váljon önállóvá és tanuljon meg egyedül boldogulni.

Eltételezve ezektől a szempontoktól, megjegyzendő, hogy jobb olyan sportot választani, ami minimális mechanikai megterhelést jelent az ízületeknek, úgy mint az úszás vagy a kerékpározás.

Milyen étrendre van szükség?

Nem bizonyított, hogy az étrendnek befolyása lenne a betegségre. A gyermeknek azonban általánosságban a korának megfelelő, kiegyensúlyozott étrendre van szüksége. Kerülni kell a túlevést azoknak a betegeknek, akik szteroidokat szednek, mivel a szteroidok étvágyfokozó hatásúak.

Befolyásolhatja-e az éghajlat a betegség lefolyását?

Nem bizonyított, hogy az éghajlatnak bármiféle hatása volna a betegség kimenetelére.

Kaphat-e védőoltást a gyermek?

Mivel a betegek nagy részét vagy NSAID szerekkel, vagy szulfaszalazinnal kezelik, a szokásos védőoltások ajánlottak. Ha a beteget immunoszuppresszív terápiával (szteroidok, methotrexát, anti-TNF, stb.) kezelik, a gyengített, élő vírusokkal való beoltást (úgy mint rubeola elleni, kanyaró elleni, mumpsz elleni, illetve Szabin cseppek) el kell halasztani amiatt a potenciális kockázat miatt, hogy a fertőzések súlyosabbak lehetnek a legyengült immunrendszer miatt. Az olyan oltás, ami nem tartalmaz élő vírusokat, csak fehérje természetű anyagokat (tetanusz elleni, diftéria elleni, Salk védőoltás, hepatitisz B elleni, szamárköhögés elleni, pneumokokkusz, haemofilusz és meningokokkusz elleni), beadható, az egyetlen elméleti kockázat az, hogy esetleg nem jár sikerrel az oltás az immunoszuppressziós állapot miatt.

Mit mondhatunk el a szexuális élettel, a terhességgel és a születés-szabályozással kapcsolatban?

Nincsenek a normális szexuális életre és a terhességre vonatkozó korlátozások a betegség miatt. Azonban azoknak a betegeknek, akik gyógyszeres kezelés alatt állnak, különösen elővigyázatosnak kell lenniük a szedett gyógyszerek magzatra gyakorolt, lehetséges károsító hatásával kapcsolatban.

A betegség genetikai vonatkozásának ellenére semmi ok sincs arra, hogy ne vállalhassanak gyermeket. A betegség nem halálos kimenetelű. Bár a hajlamosító genetikai tényezők örökölhetőek, az utódoknak nagyobb esélyük van arra, hogy nem betegszenek meg a spondylartropátia egyik formájában sem, mint az ellenkezőjére.

Élhet-e a gyermek normális felnőtt életet?

Ez a terápia egyik fő célja, ami az esetek többségében megvalósítható. Az elmúlt tíz évben ezen típusú betegségek kezelési módjai drámai fejlődésen mentek át. A gyógyszeres kezelés és a rehabilitáció kombinált használata jelenleg a betegek legtöbbszörénél képes megelőzni az ízületi

károsodásokat. Ez még a krónikus betegségben szenvedő, és már ízületi károsodással rendelkező betegek esetében is fontos, mert a károsodás korlátozhatja a beteget a mindennapi tevékenységeiben és szakmai célkitűzéseiben.